



SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA  
UNIDAD:

SECCIÓN:  
NÚMERO DE OFICIO:  
EXPEDIENTE:

ASUNTO: CONSTANCIA DE CONDUCTA LABORAL  
PARA TRÁMITE DE BECA, EMITIDA POR EL  
RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS DE LA  
UNIDAD.

Ciudad de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

**C. LIC. SOLEDAD ASTRAIN FRAIRE**  
**SECRETARIA TÉCNICA DE LA COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN**  
**Presente.**

El (la) suscrito (a), Responsable de Recursos Humanos de \_\_\_\_\_ hace constar  
que:

**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

<b>NOMBRE (Apellido Paterno, Materno y Nombre)</b>	
<b>R. F. C. (con homoclave)</b>	
<b>FECHA DE INGRESO A S.S.A.</b>	
<b>FECHA DE INGRESO A LA UNIDAD</b>	
<b>CURP</b>	

**ADSCRIPCIÓN**

<b>CENTRO DE RESPONSABILIDAD</b>	
<b>UNIDAD</b>	
<b>CENTRO DE SALUD</b>	
<b>CLAVE PRESUPUESTAL</b>	
<b>CÓDIGO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN FUNCIONAL (puesto)</b>	
<b>RAMA</b>	
<b>TIPO DE NOMBRAMIENTO</b>	
<b>TIPO DE PLAZA (Federal, Estatal o Gobierno)</b>	
<b>TIPO DE JORNADA Y HORARIO</b>	
<b>SUELDO MENSUAL</b>	

**OBSERVACIONES:**

Se extiende la presente constancia de conducta laboral como requisito del trámite de beca a efectuar.

**ATENTAMENTE,**

\_\_\_\_\_  
**RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS**  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
**ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD**  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
**TITULAR DE LA UNIDAD**  
(nombre y firma)

C.c.p. ARCHIVO.